

# ‘Evidence-based’-werken in de verslavingszorg: geen evidentie?

Mieke Autrique, Wouter Vanderplasschen en Bernard Sabbe\*

De laatste jaren wordt de term ‘evidence-based’ steeds vaker in de mond genomen en verschijnen er tal van publicaties die het belang van ‘evidence-based practice’ (EBP) en ‘evidence-based’-richtlijnen (EBR) in de verslavingszorg benadrukken. De kloof tussen theorie en praktijk is echter een welbekend probleem en op de werkvlakte lijkt men vrij terughoudend te staan tegenover deze nieuwe tendens. In dit artikel wordt daarom bekeken wat de kennis is van praktijkwerkers over EBP en EBR, welke houding zij tegenover deze ontwikkeling aannemen en in welke mate zij de methoden en richtlijnen toepassen. Dit gebeurt aan de hand van de resultaten van een bevraging in de Belgische verslavingszorg, waarbij sleutelfiguren uit zestig verschillende voorzieningen in België geïnterviewd werden. Op basis van de resultaten worden aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk.

## Inleiding

De laatste jaren wordt de term ‘evidence-based’ steeds vaker in de mond genomen en verschijnen er met de regelmaat van de klok publicaties die de noodzaak van het toepassen van ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen in de verslavingszorg benadrukken. Deze terminologie is afgeleid van het begrip ‘evidence-based medicine’ (EBM), dat in 1992 voor het eerst gelanceerd werd door Sackett en collega’s in het befaamde tijdschrift *Journal of the American Medical Association* ofwel *JAMA* (Evidence-based Medicine Working Group, 1992).

\* M. Autrique is stafmedewerker bij de Vereniging voor Alcohol- en Andere Drugproblemen te Brussel. E-mail: mieke.autrique@vad.be.

Dr. W. Vanderplasschen is doctor-assistent bij de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent.

Prof. dr. B. Sabbe is coördinator bij het Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute van de Universiteit Antwerpen.

'Evidence-based medicine' is een stroming binnen de geneeskunde die op gang is gekomen vanuit een grote groep artsen, onderzoekers, professoren en beleidmakers, met de bedoeling ervoor te zorgen dat het beste bewijsmateriaal dat op een bepaald moment voorhanden is op basis van systematisch wetenschappelijk onderzoek, vaker, sneller en beter toegepast wordt in de praktijk (Van Driel e.a., 2003). Het betreft: '(...) het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van 'evidence-based medicine' impliceert het integreren van het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is met individuele klinische expertise en de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt' (Sackett, 2000, p. 1).

'Evidence-based'-werken houdt voorts in dat iemand, geconfronteerd met een klinische vraag waarbij hij niet zeker is van het huidige beste antwoord, hiernaar op een zo efficiënt mogelijke manier zoekt (Offringa, Assendelft & Scholten, 2003; Straus e.a., 2005). We noemen dit 'problem based learning' of 'learning by inquiry', een manier van leren die aangepast is aan de steeds schnellere evolutie van de wetenschappelijke kennis (Straus e.a., 2005). EBM zorgt op deze manier voor meer duidelijkheid over lacunes in de bestaande kennis. Bovendien biedt het de mogelijkheid om op een efficiëntere manier geneeskunde uit te oefenen (Sackett e.a., 1996; Van Driel e.a., 2003).

Het efficiënt inzetten van de beschikbare middelen vormt in een tijdperk van kostenbesparing en economisch denken in de gezondheidszorg immers een belangrijke zorg, opdat de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg op termijn gevrijwaard blijven (Van Driel e.a., 2003). Tegelijk schuilt hierin ook een belangrijke kritiek op het 'evidence-based'-paradigma: men vreest dat het zorgaanbod zal verschalen tot voornamelijk effectieve en goedkope interventies, ten koste van interventies waarvan de effectiviteit (nog) niet bewezen is of moeilijk te bewijzen is, en van belangrijke persoonlijke waarden en ethische principes ('value-based practice'). Deze kritiek wordt door voorstanders weggewuifd met het argument dat juist uitgegaan wordt van een belangrijk ethisch principe: men wil de patiënt de best geëvalueerde diagnostische en therapeutische interventies en technieken ter beschikking stellen (Schotmans, 1998).

Bij het overdragen van het gedachtegoed van de 'evidence-based medicine' vanuit de (somatische) geneeskunde naar de verslavingszorg, zijn er zaken waarmee men specifiek rekening moet houden. Verschillende auteurs hebben vastgesteld dat er in de verslavingszorg een brede kloof gaapt tussen wetenschappelijk onderzoek en praktijk

(Broekaert e.a., 2002; Miller e.a., 2006; Simpson, 2002). Veel van de interventies waarvan de literatuur aantoon dat ze veelbelovend en effectief zijn, worden slechts op beperkte schaal toegepast. Omgekeerd bestaat er vaak weinig wetenschappelijk bewijs voor de meest toegepaste methoden (Miller e.a., 2006).

Binnen de standaarden van 'evidence-based medicine' wordt van professionals in de gezondheidszorg in het algemeen verwacht dat ze een behandeling kiezen waarvoor de beste huidige 'evidence' van effectiviteit vorhanden is. Deze standaard is echter maar traag opgekomen in de verslavingszorg, die zich onafhankelijk van de professionele geneeskunde heeft ontwikkeld, en sterk terugvalt op benaderingen gebaseerd op de vanuit de zelfhulpbeweging gegroeide twaalf-stappenbenadering (Miller e.a., 2006). Dit alles heeft niet alleen tot gevolg dat het niet eenvoudig is om 'evidence-based'-methoden en -richtlijnen ingang te doen vinden in de verslavingszorg, maar maakt tevens duidelijk dat dit meer dan nodig is. Bovendien nopen de complexiteit van de alcohol- en drugsproblematiek en de diversiteit in de toepassing van behandelmethoden voor alcohol- en drugsgebruikers hiertoe.

'Evidence-based'-werken kan immers voor houvast zorgen wanneer men het hoofd moet bieden aan complexe problemen, en biedt ook de mogelijkheid om continuïteit en meer eenvormigheid in de zorg te realiseren (Sackett e.a., 1996; Van Driel e.a., 2003).

Wat verstaan we nu onder 'evidence-based'-methoden en -richtlijnen? Voor het beoordelen van de effectiviteit van methoden, en dus voor het al dan niet 'evidence-based' zijn van een behandeling, bestaan momenteel verschillende standaarden. Men baseert zich steeds vaker op samenvattende reviews en meta-analyses van gepubliceerd wetenschappelijk bewijs (m.n. klinische 'trials'). Er zijn reeds verschillende systemen ontwikkeld voor het beschrijven van de mate van vertrouwen die men mag hebben in de specifieke effectiviteit van behandelingsbenaderingen (Miller e.a., 2006). Onder 'evidence-based'-richtlijnen verstaat men documenten met aanbevelingen ter ondersteuning van de besluitvorming door professionele hulpverleners enerzijds en door patiënten anderzijds, gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het expliciteren van doeltreffend en doelmatig handelen (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2006). In 'evidence-based'-richtlijnen bundelt men dus het huidige beste bewijs en vertaalt men dit in concrete aanbevelingen, op basis van criteria voor de beoordeling van wetenschappelijke literatuur en de mening van deskundigen.

### Evidentie voor de werkzaamheid van interventies

Verschillende auteurs onderzochten de effectiviteit van farmacologische en psychosociale interventies in de verslavingszorg, wat bijdroeg tot het ontstaan van overzichtsstudies waarin de mate van bewijs of evidentie voor de effectiviteit van bepaalde interventies nagegaan wordt (Berglund, Thelander & Jonsson, 2003; Lingford-Hughes, Welch & Nutt, 2004; Rigter e.a., 2004) of waarin interventies zelfs gerangschikt worden naar effectiviteit (Miller & Wilbourne, 2002). Uit het overzicht dat wij en andere auteurs maakten, blijkt dat er vooral bewijs bestaat voor de effectiviteit van verschillende farmacologische interventies bij de behandeling van alcohol- en opiatenproblemen (Autrique e.a., 2007; Garbutt e.a., 1999; Mayo-Smith, 1997). Ook voor de effectiviteit van specifieke, kortdurende en veelal op gedragstherapeutische principes gebaseerde interventies (bijv. cognitieve gedragstherapie, ‘community reinforcement approach’, motivationeel interviewen, ‘contingency management’, kortdurende interventies en multidimensionele gezinstherapie) is voldoende bewijs vorhanden (Autrique e.a., 2007; Rigter e.a., 2004; Roozen e.a., 2004).

Niet toevallig behoren deze interventies ook tot de meest onderzochte, terwijl er voor andere interventies - die minder onderzocht werden in RCT's of op die manier moeilijker te onderzoeken zijn - vaak veel minder bewijs bestaat. Zo is er slechts beperkt tot matig bewijs voorhanden voor wijd toegepaste psychosociale behandelingen zoals therapeutische gemeenschappen, psychoeducatie, terugvalpreventie, casemanagement, sociale-vaardigheidstraining en voor psychotherapie, counseling en psychodynamische therapie (Autrique e.a., 2007; Hesse e.a., 2007; Smith, Gates & Foxcroft, 2005).

Tot de interventies waarvan bewezen is dat ze niet effectief zijn, behoren acupunctuur, confronterende benaderingen en verplichte deelname aan zelfhulpgroepen (Autrique e.a., 2007; Miller, Wilbourne & Hettema, 2003). Gebrek aan (overtuigend) bewijs voor de effectiviteit van een bepaalde interventie wil echter niet zeggen dat deze behandeling niet werkt (Miller e.a., 2006), maar kan het gevolg zijn van een beperkt aantal gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoeken over dit type interventie, de relatieve werkzaamheid van de interventie waarmee vergeleken wordt of een beperkte of weinig intensieve implementatie van de experimentele interventie (Vanderplasschen e.a., 2007). Bovendien bestaan er verschillende standaarden voor het beoordelen van de effectiviteit van interventies, zodat bevindingen uit verschillende reviews niet altijd consistent zijn. Het eindproduct van dergelijke reviews is vaak een lijst van behandelmethoden die ‘evidence-based’ zijn en van behandelmethoden die dat niet zijn. Omdat

definities en evaluatiecriteria verschillen, kunnen de lijsten van ‘evidence-based’-behandelingen eveneens enigszins verschillen, hoewel enkele behandelingen op elke lijst vermeld worden (Miller e.a., 2006). Voor de verslavingszorg bestaan er verschillende (internationale) ‘evidence-based’-richtlijnen (American Psychiatric Association, 2006; British Association for Psychopharmacology, 2004; National Drug and Alcohol Research Centre Australia, 2003; National Health Committee New-Zealand, 1999; Socialstyrelsen, 2007). Er zijn middelenspecifieke richtlijnen terug te vinden voor respectievelijk de behandeling van problemen met alcohol, cannabis, cocaïne, opiaten en benzodiazepinen, naast algemene richtlijnen voor de behandeling van drugsproblemen. Ook voor specifieke interventies voor de behandeling van drugsver-slaafden bestaan richtlijnen, onder andere voor detoxificatie, casemanagement, farmacologische interventies, intensieve ambulante behan-deling, kortdurende interventies, familietherapie, groepstherapie en nazorg.

Autrique e.a. (2007) geven een overzicht van bestaande ‘evidence-based’-richtlijnen voor de verslavingszorg, met een kwaliteitsbeoorde-ling aan de hand van het AGREE-instrument (AGREE Collaboration, 2001). In Nederland ontwikkelen het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO op dit moment richtlij-nen voor problematisch drugsgenueik en voor alcoholgebruik en -af-hankelijkheid (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnnont-wikkeling GGZ, 2006).

We zien dus dat er in de verslavingszorg reeds tamelijk veel evidentie voor de effectiviteit van interventies vorhanden is. We hebben echter ook gezien dat de kloof tussen onderzoek en praktijk de implementa-tie van ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen kan bemoeilijken. Daarom was het de opzet van dit onderzoek om na te gaan wat de stand van zaken is in de Belgische verslavingszorg wat betreft ‘evi-dence-based’-werken, te bekijken wat de belangrijkste uitdagingen zijn op dit vlak en aanbevelingen te doen voor de implementatie van ‘evidence-based practice’ als leermethode en van ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen. We stelden ons hiertoe de vraag in welke mate men in de verslavingszorg in België probeert bij te blijven met nieuwe ontwikkelingen, in hoeverre ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen bekend zijn, in welke mate ze toegepast worden en hoe praktijkwerkers zich opstellen tegenover ‘evidence-based practice’ en ‘evidence-based’-richtlijnen. Hierbij bekeken we of er verschillen zijn tussen Vlaanderen en Wallonië in kennis, toepassing en/of attitude en of er verschillen zijn wat betreft het type voorziening.

### Methode

Om de kennis en toepassing van en de houding tegenover ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen na te gaan bij praktijkwerkers in de Belgische verslavingszorg, richtten we ons op voorzieningen met een specifiek zorgaanbod voor alcohol- en of drugsgebruikers. We ondervroegen een representatieve steekproef van vertegenwoordigers van zestig van deze voorzieningen (ca. een derde), bestaande uit psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), eenheden voor psychiatrische spoedinterventie (EPSI), crisisinterventiecentra, gespecialiseerde residentiële en ambulante centra voor verslavingszorg (met RIZIV-conventie) en niet-gespecialiseerde ambulante centra (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg ofwel CGG’s, die zich explicet profileren naar alcohol- en drugsgebruikers). Het betrof 32 centra in Vlaanderen en 28 in Wallonië, met name achttien psychiatrische ziekenhuizen, 21 crisisinterventiecentra, EPSI- of PAAZ-afdelingen, drie gespecialiseerde residentiële programma’s en achttien ambulante centra. Van deze voorzieningen bieden er 47 ontwenningsbehandeling aan; 31 centra bieden (tevens) onderhoudsbehandeling aan. In 39 voorzieningen kan men een drugsvrije behandeling volgen en in 31 voorzieningen nazorg. Verscheidene van de bevraagde voorzieningen bieden dus verschillende soorten behandeling aan.

In de geselecteerde voorzieningen ( $n=60$ ) interviewden wij steeds de (therapeutisch) verantwoordelijke van het behandelprogramma. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 43 jaar en gemiddeld waren deze personen al twaalf jaar werkzaam in de betreffende voorziening. Het gaat om 39 mannen en 21 vrouwen, van wie de meesten een universitair diploma hadden. De functie van de respondenten in de voorziening werd meestal als volgt beschreven: psycholoog, afdelingshoofd, directeur, coördinator en psychiater.

De vragenlijst die we hanteerden bij de semi-gestructureerde interviews, bestond uit open en gesloten vragen en was gebaseerd op eerder verrichte onderzoeken. We peilden onder meer de kennis en toepassing van ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen, de attituden van de respondenten tegenover dergelijke methoden en richtlijnen en door hen geïdentificeerde barrières en strategieën bij de eventuele implementatie van ‘evidence-based’-richtlijnen.

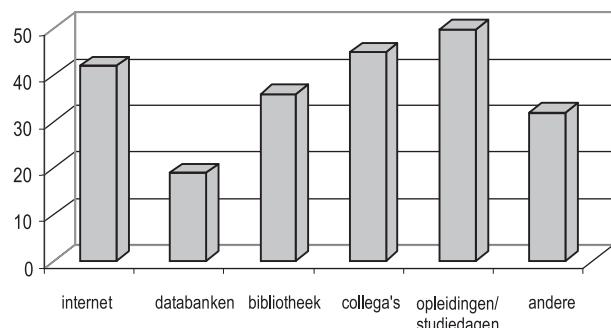
Voor de kwalitatieve analyse van de open vragen maakten we gebruik van het softwarepakket MaxQDA2. De gesloten vragen uit het interview verwerkten we met behulp van SPSS. De  $\chi^2$ -test werd gebruikt om na te gaan of de resultaten op deze gesloten vragen verschilden tussen Vlaanderen en Wallonië en tussen de verschillende typen voorzienin-

gen. In het navolgende vermelden we alleen significante verschillen. Tussen de verschillende typen voorzieningen vonden we geen significante verschillen.

## Resultaten

### KENNIS EN TOEPASSING VAN 'EVIDENCE-BASED'-METHODEN EN -RICHTLIJNEN

Nagenoeg alle respondenten (59/60) geven aan dat ze proberen bij te blijven met nieuwe ontwikkelingen in het werkveld via het volgen van studiedagen en opleidingen, door te luisteren naar het advies van collega's, via internet en tijdschriften en door lidmaatschap van vak- of koepelorganisaties. Acht op de tien respondenten stellen soms in wetenschappelijke literatuur te zoeken, meestal naar aanleiding van een specifieke vraag of probleem uit de klinische praktijk of naar aanleiding van een congres.



**Figuur 1** Methoden van respondenten (n=60) voor het bijblijven met nieuwe ontwikkelingen.

De meest toegepaste interventies in de bevraagde voorzieningen zijn individuele counseling, familiegeoriënteerde interventies, farmacotherapeutische interventies, psychoeducatie en kortdurende interventies. Er bestaan op dit vlak duidelijke verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië. In Vlaanderen past men vaker graduele afbouwschema's, gedragsmatige en cognitieve interventies, training van copingvaardigheden, psychoeducatie en nazorg toe, terwijl de toepassing van psychodynamische interventies vaker voorkomt in Wallonië.

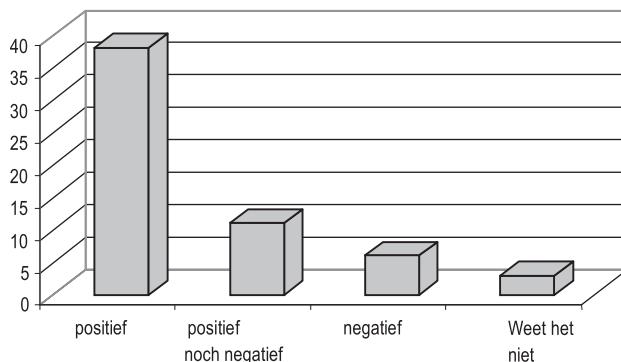
In twee derde van de voorzieningen beschikt men over richtlijnen voor de behandeling van alcohol- en drugsafhankelijke personen, zowel

voor farmacologische als voor psychosociale interventies. Hierbij moeten we een onderscheid maken tussen bestaande richtlijnen en zelfontwikkelde richtlijnen. Deze laatste zijn meestal gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijke literatuur, klinische ervaring en (intern) overleg. Meer Vlaamse dan Waalse voorzieningen stellen over richtlijnen te beschikken ( $\chi^2(1)=13,39$ ,  $p<0,001$ ).

Alle respondenten zeggen vertrouwen te hebben in de richtlijnen die binnen de voorziening gehanteerd worden, vooral omdat ze zelf betrokken waren bij de ontwikkeling ervan. Men verwijst ook naar de succesvolle toepassing ervan en het feit dat de richtlijnen een wetenschappelijke basis hebben, regelmatig worden aangepast op basis van de dagelijkse realiteit en gebaseerd zijn op klinische ervaring.

#### ATTITUDEN TEGENOVER ‘EVIDENCE-BASED’-METHODEN EN -RICHTLIJNEN

Twee van de drie respondenten staan positief tegenover de huidige tendens van meer toepassing van ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen. Men vindt immers dat deze werkwijze kwaliteitswaarborgen biedt voor de behandeling, dat op deze manier objectieve informatie over de effectiviteit van behandelingen beschikbaar wordt en dat het een duidelijk referentiekader en evaluatiecriteria biedt. Of zoals een respondent het verwoordt: ‘Werken met mensen is subjectief. We hebben dus baat bij zo objectief mogelijke informatie en richtlijnen.’



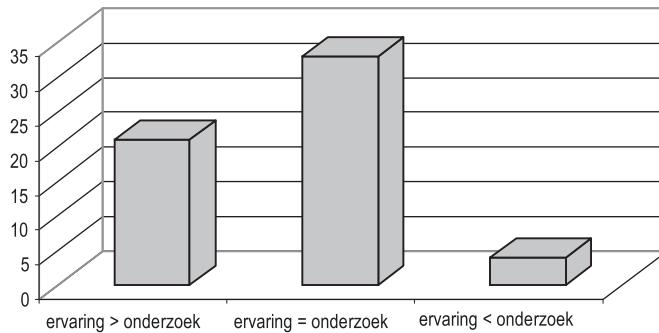
Figuur 2 Attitude van de respondenten (n=60) tegenover de huidige tendens naar meer ‘evidence-based practice’ en de ontwikkeling van ‘evidence-based’-richtlijnen.

Anderzijds houdt één op tien respondenten er een uitgesproken negatieve attitude op na tegenover ‘evidence-based’-methoden en -richtlijnen. Uit de kwalitatieve analyse komt tevens naar voren dat respondenten met een positieve houding ten aanzien van deze tendens een aantal kritische kanttekeningen maken. Zo stellen sommige hulpverleners dat er geen of onvoldoende rekening wordt gehouden met het individu als subject, uiten zij hun twijfels over de praktische bruikbaarheid van verslavingsonderzoek, benadrukken zij het belang van de therapeutische vrijheid en stellen ze dat binnen het ‘evidence-based’-paradigma slechts bepaalde theoretische visies op de voorgrond treden, met name visies waarover veel onderzoek is verricht. Ook het verschil tussen de onderzoeks- en praktijkcontext wordt meermalen benadrukt.

Volgens circa twee derde van de respondenten staat ook het beleidsniveau positief tegenover de tendens, maar op dit vlak constateerden we vaker een positieve attitude bij leidinggevenden in Vlaamse dan in Waalse voorzieningen ( $\chi^2(3)=11,33$ ,  $p<0,05$ ).

Wat de bruikbaarheid betreft van ‘evidence-based’-richtlijnen, vindt twee derde van de respondenten deze tot op zekere hoogte bruikbaar. In Vlaamse voorzieningen leven op dit vlak positievere verwachtingen dan in Waalse voorzieningen ( $\chi^2(2)=7,77$ ,  $p<0,05$ ). Hulpverleners vinden richtlijnen bruikbaar omdat ze een referentiekader en kwaliteitswaarborgen bieden en omdat ze een vertaling vormen van de wetenschappelijke literatuur. Anderzijds vinden ze dergelijke richtlijnen niet of minder bruikbaar omdat de praktijkcontext verschilt van de onderzoekscontext, omdat individuele verschillen vergeten dreigen te worden en omdat dit ten koste gaat van de therapeutische vrijheid van de hulpverlener.

Gevraagd naar het relatieve belang van klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek geeft ruim de helft van de respondenten aan klinische ervaring even belangrijk te vinden als wetenschappelijk onderzoek, omdat beide in de praktijk noodzakelijk zijn en zij elkaar onderling beïnvloeden.



**Figuur 3 Belang van klinische ervaring en wetenschappelijk onderzoek bij het vorm geven van de dagelijkse praktijk (n=60).**

Eén op drie respondenten vindt klinische ervaring juist belangrijker dan wetenschappelijk onderzoek, omwille van het belang van de patiënt en het rekening houden met individuele verschillen en omdat klinische ervaring een voorwaarde is om wetenschappelijk onderzoek te kunnen vertalen naar de praktijk. Waalse respondenten leggen vaker de nadruk op het belang van klinische ervaring ( $\chi^2(2)=6,46$ ,  $p<0,05$ ).

#### BARRIÈRES EN STRATEGIEËN BIJ HET TOEPASSEN VAN 'EVIDENCE-BASED'-RICHTLIJNNEN

Met betrekking tot de implementatie van 'evidence-based'-richtlijnen vermelden respondenten als voornaamste struikelblokken gebrek aan tijd, coaching en begeleiding en gebrek aan overtuigd zijn van het nut of de bruikbaarheid van 'evidence-based'-richtlijnen. Tevens benadrukt men de noodzaak van administratieve ondersteuning en van opleiding of advies van een expert. Behalve een gebrek aan middelen ontbreekt het volgens de respondenten ook vaak aan een adequaat managementsysteem voor de implementatie van 'evidence-based'-richtlijnen. De onverenigbaarheid van het 'evidence-based'-paradigma met de eigenheid van de behandelingsmethode en -filosofie vormt een ander mogelijk struikelblok: 'Onze filosofie is dat we geen antwoorden willen geven, alles komt vanuit de eigen vraag van de patiënt.' Ten slotte stelt men dat de therapeutische vrijheid van de hulpverlener niet in het gedrang mag komen.

Om de implementatie van ‘evidence-based’-richtlijnen te bevorderen, is het volgens de respondenten noodzakelijk om praktijkwerkers hierin op te leiden en te zorgen voor een gemakkelijke toegang tot richtlijnen en de handleidingen ervan. Verder benadrukt men dat geleidelijke implementatie en geregelde evaluatie en feedbackmomenten onmisbaar zijn. Ten slotte dient er voldoende gelegenheid te zijn voor overleg met praktijkmensen en vindt men dat hulpverleners niet verplicht mogen worden om richtlijnen te hanteren.

### Tot besluit

Er is geen gebrek aan informatie in de verslavingszorg. Er bestaat heel wat evidentië voor de effectiviteit van bepaalde interventies, en bovendien heeft het werkveld veel wetenschappelijke en professionele tijdschriften ter beschikking, evenals praktijkrichtlijnen, boeken en handleidingen voor therapeuten, behandelprotocollen, informatiediensten, webgebaseerde informatie en training, en mogelijkheden tot professionele opleiding (Miller e.a., 2006). Hoewel praktijkwerkers vaak twijfels blijken te hebben over de praktische bruikbaarheid van het verrichte wetenschappelijk onderzoek, zoeken de meesten van hen toch in wetenschappelijke literatuur. In veel voorzieningen blijkt men ook al richtlijnen toe te passen. Hoewel we niet weten om welke literatuur het precies gaat en het meestal geen ‘evidence-based’-richtlijnen in de strikte zin van het woord betreft, blijkt er wel degelijk interesse en bereidheid tot ‘evidence-based’-werken in de verslavingszorg. Dat er een draagvlak is in de praktijk, kan verder blijken uit de overwegend positieve houding van praktijkwerkers tegenover deze tendens.

We kunnen wel enkele verschillen in houding vaststellen tussen Vlaanderen en Wallonië, met name op beleidsniveau en in de perceptie van de bruikbaarheid van wetenschappelijk onderzoek. Hierbij kunnen we ons de vraag stellen of dit samenhangt met het verschil in oriëntatie tussen de twee landsdelen, met name de meer Latijns-Franse oriëntatie in Wallonië en de meer Angelsaksische oriëntatie in Vlaanderen, en met het feit dat de psychodynamische visie meer voorkomt in Wallonië dan in Vlaanderen (Autrique e.a., 2007). De idee bestaat immers dat mensen met een dergelijke visie meer weerstand hebben tegenover ‘evidence-based’-practice. In de houding van praktijkwerkers blijkt er echter geen verschil te bestaan tussen de twee landsdelen, en we zien ook geen causaal verband tussen de visie op behandeling en de houding tegenover ‘evidence-based’-werken. We mogen hieromtrent dan ook geen voorbarige conclusies trekken. We vroegen alleen naar de mening van therapeutisch verantwoordelijken, en men kan zich afvragen of zij de visie van de werkvloer of van

het beleid vertegenwoordigen. Wat vaststaat is dat het in beide gevallen van belang blijft hun visie te kennen: zij dragen immers hun visie uit naar de (andere) praktijkwerkers. Bij de positieve houding van veel praktijkwerkers kan men zich voorts afvragen in welke mate sociale wenselijkheid een rol speelde bij het beantwoorden van de vragen.

Daartegenover kunnen we echter stellen dat deze praktijkwerkers ook veel kritische opmerkingen maakten. Uit hun kritiek blijkt dat voor hen de patiënt als individu en het behoud van de therapeutische vrijheid heel belangrijke elementen zijn, en dat ze bang zijn dat hiermee steeds minder rekening gehouden zal worden.

Men denkt soms dat het in ‘evidence-based’-werken alleen om de ‘evidence’ gaat, terwijl het meer is dan dat; het gaat om de integratie van bewijsmateriaal uit wetenschappelijk onderzoek met de voorkeuren van de patiënt, de samenleving en omgeving waarin we leven én de ervaring van de behandelaar (Burgers & Van Everdinge, 2004; Hannes, 2006). Door deze noodzakelijke integratie, kent de vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk geen rechtlijnig verloop (Hannes, 2006). Een dergelijke vertaalslag is dan ook geen sinecure. Er is zeer veel informatie vorhanden, waarbij het moeilijk is de beste en meest relevante informatie te selecteren, en deze dan ook nog eens toe te passen in een andere context dan de onderzoekscontext.

Meer onderzoek van eigen bodem is daarom nodig, waarbij het van belang is dat de onderzoekswereld rekening houdt met vragen die leven in de praktijk. Hierbij is niet alleen aandacht nodig voor technieken, maar ook voor factoren in de therapeutische relatie die een deel van de behandeluitkomsten kunnen verklaren. Voor praktijkwerkers moeten overzichten van relevante literatuur op een toegankelijke manier beschikbaar komen, met - in plaats van lijsten van behandelingen die ‘evidence-based’ zijn en behandelingen die niet ‘evidence-based’ zijn - een toegankelijk en up-to-date overzicht van de hoeveelheid en de soort evidentië die een benadering ondersteunt (Miller e.a., 2006). Bij het dichten van de kloof tussen wetenschappelijk onderzoek en praktijk, kunnen ook ‘evidence-based’ richtlijnen een belangrijk hulpmiddel zijn. Ze zouden door de bundeling van het huidige beste bewijsmateriaal voor een deel tegemoet kunnen komen aan de ‘information overload’ die praktijkwerkers ervaren (Miller e.a., 2006). Ze helpen ook de toepassing van behandelmethoden voor alcohol- en drugsgebruikers eenduidiger te maken, zodat evaluatie eenvoudiger wordt. Voor de implementatie van dergelijke richtlijnen in de verslavingszorg in België, blijkt een zekere bereidheid te bestaan. We zien in onderzoek uit Nederland dat een positieve houding van praktijkwerkers cruciaal is (Schippers & Mulder, 2007). De meeste Nederlandse behande-

lingscentra hebben aan het eind van de jaren negentig van de vorige eeuw de bestaande behandelvormen herzien op basis van wetenschappelijke evidente wat betreft de effectiviteit ervan, en hebben aandacht gegeven aan een transparanter beleid en het monitoren van resultaten. Dit alles leidde tot de toepassing van ‘evidence-based’-richtlijnen.

Uit een enquête van de gebruikers van deze richtlijnen is gebleken dat er een voorkeur bestaat voor meer geprotocolliseerde interventies.

Wanneer het mogelijk is om zelf iets toe te voegen aan de interventie, geniet dit de voorkeur (Schippers & Mulder, 2007). Dit sluit aan bij onze bevinding dat de therapeutische vrijheid ook bij het implementeren van richtlijnen van groot belang blijft voor praktijkwerkenden, en dat er ruimte moet zijn voor aanpassingen van de richtlijnen aan de eigenheid van de behandelmethode, -setting of -filosofie. Het is belangrijk dat men de richtlijnen niet oplegt maar als advies formuleert. De implementatie dient geleidelijk te gebeuren, in overleg met het werkveld en met aandacht voor evaluatie en feedback. Training, opleiding en advies voor praktijkmedewerkers is nodig en er moet een gemakkelijke toegang zijn tot de richtlijnen. Voorts is een adequaat managementsysteem nodig voor de voorziening, regionale afstemming en beleidsondersteuning.

We kunnen concluderen dat er in de verslavingszorg nog heel wat werk aan de winkel is wat betreft ‘evidence-based’-werken. We moeten vooral verder blijven zoeken naar manieren om de vertaalstag te maken van wetenschappelijk onderzoek naar de praktijk. We zien echter wel een zekere interesse en bereidheid in het werkveld om mee te gaan in deze tendens en inspanningen te doen om de kloof tussen onderzoek en praktijk te helpen dichten. De weg naar meer ‘evidence-based’-werken in de verslavingszorg is lang, maar het ziet ernaar uit dat beleidsmakers, onderzoekers en praktijkwerkenden er samen voor kunnen zorgen dat het in de toekomst ook in België steeds meer een ‘evidente’ wordt.

### **Verantwoording**

Dit onderzoek valt binnen het Onderzoeksprogramma ter ondersteuning van de Federale Beleidsnota Drugs, in opdracht van en gefinancierd door het Belgische Federaal Wetenschapsbeleid te Brussel. De bevraging vond plaats in het kader van een recent onderzoek van de Universiteit Antwerpen (UA), de Universiteit Gent (UGent) en het Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS) te Doornik, naar de huidige stand van zaken en de belangrijkste uitdagingen op het vlak van ‘evidence-based’-werken in de verslavingszorg in België.

### Literatuur

- AGREE Collaboration (2001). Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument. Internet: [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org).
- American Psychiatric Association (2006). Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders (2nd Ed.). Internet: [www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/sud2epg\\_04-28-06.pdf](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/sud2epg_04-28-06.pdf) (11 november 2007).
- Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E., & Sabbe, B. (2007). Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken. Gent: Academia Press.
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). Treating alcohol and drug abuse: an evidence based review. Weinheim: Wiley-VCH.
- British Association for Psychopharmacology (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations for the British Association for Psychopharmacology. Internet: [www.bap.org.uk/consensus/bap\\_guidelines.pdf](http://www.bap.org.uk/consensus/bap_guidelines.pdf) (11 november 2007).
- Broekaert, E., Vandervelde, S., Vanderplasschen, W., Soyez, V., & Poppe, A. (2002). Two decades of 'research-practice' encounters in the development of European therapeutic communities for substance abusers. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56, 371-377.
- Burgers, J.S., & Everdinge, J.J.E. Van (2004). Beyond the evidence in clinical guidelines. *Lancet*, 364, 392-393.
- Driel, M. Van, Provoost, S., Paepegem, T. Van, & Meyere, M. De (2003). Op wetenschappelijke evidente gebaseerde zorg: van theorie naar praktijk: een tweevoudige strategie. Gent: Academia Press.
- Evidence-based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2420-2425.
- Garbutt, J.C., West, S.L., Carey, T.S., Lohr, K.N., & Crews, F.T. (1999). Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *Journal of the American Medical Association*, 281, 1318-1325.
- Hannes, K. (2006). Wat kunnen de Belgische 'Cochrane Branch' en 'Campbell Group' betekenen voor de alcohol- en drugsector? Brussel: Vierde Onderzoeksplatform Middelengebruik (VAD).
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Broekaert, E., & Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006265.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2006). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepen. Internet: [www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding\\_ebro/handl\\_totaal.pdf](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/handleiding_ebro/handl_totaal.pdf).
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2006). Multidisciplinaire richtlijnen: stand van zaken. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 10, 5-7.
- Lingford-Hughes, A.R., Welch, S., Nutt, D.J. (2004). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 18, 293-335.
- Mayo-Smith, M. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal.

- Journal of the American Medical Association*, 278, 144-151.
- Miller, W.R., & Wilbourne, P.L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97, 265-277.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A., & Brigham, J.M. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.
- Miller, W.R., Wilbourne, P.L., & Hettema, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives* (pp. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.
- National Drug and Alcohol Research Centre Australia (2003). Guidelines for the treatment of alcohol problems. Internet: [www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-publicat-document-metadata-alcproguide.htm/\\$file/alcproguide.pdf](http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/health-pubhlth-publicat-document-metadata-alcproguide.htm/$file/alcproguide.pdf) (11 november 2007).
- National Health Committee New-Zealand (1999). Guidelines for recognising, assessing and treating alcohol and cannabis abuse in primary care. Internet: [www.nzgg.org.nz/guidelines/0040/full\\_guideline.pdf](http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0040/full_guideline.pdf) (11 november 2007).
- Offringa, M., Assendelft, W.J.J., & Scholten, R.J.P.M. (2003). *Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal* (2de dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rigter, H., Gageldonk, A. van, Ketelaars, T., & Laar, M. van (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., Tulder, M.W. van, Brink, W. van den, Jong, C.A.J. de, & Kerkhof, A.J.F.M. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Sackett, D. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM* (2nd Ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, M.J.A., Haynes, R.B., & Richardson, W.S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71.
- Schippers, G.M., & Mulder, E. (2007). Nation-wide implementing evidence/practice based innovative treatment and prevention in Dutch substance disorder treatment centres. Proceedings 50th International ICAA Conference on Dependencies, Stockholm, 10-15 juni.
- Schotmans, P. (1998). Hoe evident is evidence-based medicine? Enkele ethische beschouwingen. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 54, 1573-1577.
- Simpson, D.D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 171-182.
- Smith, L.A., Gates, S., & Foxcroft, D. (2005). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD005338.
- Socialstyrelsen (2007). Nationelle riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Internet: [www.socialstyrelsen.se/nr/rdonlyres/a50309c4-bab3-4eb9-a407-e5c684469d90/7076/20071021\\_rev.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/nr/rdonlyres/a50309c4-bab3-4eb9-a407-e5c684469d90/7076/20071021_rev.pdf) (11 november 2007).

- Straus, S.E., Richardson, W.S., Glasziou, P., & Haynes, R.B. (2005). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM* (3rd Ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R.C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, 81-93.